Rok XLVII. Kraków, dnia 22. sierpnia 1908. Nr 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni Dra St. Serkowskiego w Warszawie.

Chlorowanie, bromowanie i buddyzacya wody do picia.

Opracował
inż. J. Kruszewski.

Jednem z najważniejszych bezwarunkowo zadań współczesnej higieny jest dostarczenie ludności miast i wsi, dobrej, zdrowej i smacznej wody do picia. W wielkich miastach, które mogły zaprowadzić u siebie kanalizacyę, zadanie to w cz ści przynajmniej jest rozwiązane. Ale w miastach mniejszych, po osadach i po wsiach, sprawa higieny wody przedstawia się częstokroć opłakanie, i jeżeli już w prawidłowych okresach ich zdrowotności, olbrzymi nieraz odsetek studzien niezdatny jest do użytku, wystawić sobie łatwo, co dziać się musi w czasie epidemii. Dlatego też higieniści z dawien dawna nieustannie obmyślają, badają i wskazują sposoby odkażania wód, dlatego też podręczniki higieny przepełnione są metodami uczynienia wody złej, choć w pewnej mierze, zdatną do picia, metodami, dającemi mniej lub więcej zadowalniające wyniki.

Metod tych jest bardzo wiele. Śmiało jednak powiedzieć można, że żadna z nich idealnie celowi swemu nie odpowiada. Idealny sposób odkażania wody osiągnąć bowiem chyba bardzo trudno.

Rozpatrując bliżej rodzaje środków i metod, o których mowa, podzielić je można na cztery następujące zasadnicze działy:

1) Sposoby biologiczne.

2) Oczyszczanie wód mechaniczne (wody fabryczne, ściekowe, filtrowanie, zraszanie).

3) Oczyszczanie wód chemiczno-mechaniczne (strącanie zanieczyszczeń środkiem chemicznym i następne filtrowanie, odżeleźnianie wód).

4) Oczyszczanie wód czysto chemiczne.

Jak już wspomniałem, istnieje we wszystkich tych kierunkach nader bogate i różnorodne piśmiennictwo. Gdy jednak pierwsze trzy z nich szerokie już w ogólnej technice znajdują zastosowanie, czwarty ogranicza się na próbach i teoryi, i z rozmaitych przyczyn i powodów – dotychczas w życie nie wchodzi. A dodać należy, że metody chemicznego oczyszczania wód, liczą się na dziesiątki i że każda z nich wielostronnie była zmieniana. Wszystkie jednak z surową spotykają się krytyką i spotkać można autorów poważnych (Schüder), którzy wszystkim metodom chemicznego oczyszczania wód ryczałtowo zaprzeczają racyi bytu, przyznając jedynie ozonizacyi pewne znaczenie.

Prawda, jak zwykle, leży pośrodku. Celem niniejszych słów kilku jest przedstawienie szeregu doświadczeń, w tym kierunku w pracowni Dr Serkowskiego podjętych.

Oczyszczanie wód chemiczne ma na celu uczynienie złej lub wprost szkodliwej wody, zdatną do użytku wewnętrznego, zapomocą prostego i bezpośredniego dodania do niej tego lub innego odczynnika chemicznego, któryby spełniwszy swe zadanie, sam rozłożył się w ten sposób, by dla zdrowia i smaku zupełnie stał się obojętnym. Najlepszą z metod takiego odkażania wody będzie ta, która odpowiada najbardziej następującym warunkom:

1) Dany odczynnik powinien niszczyć w najkrótszym czasie, wszystkie bakterye, zarówno gnilne, jak chorobotwórcze.

2) Powinien sprowadzać do *minimum* ilość części organicznych w danej wodzie.

3) Być zupełnie nieszkodliwym dla zdrowia.

4) Nie posiadać zapachu i smaku i nie pozostawiać barwy.

5) Być tanim.

Wszystkie powyższe warunki są równoważne.

Środków takich zna piśmiennictwo chemiczne bardzo dużo. Nie mogąc się nad wszystkimi dłużej zatrzymywać, wymienię następujące: 1) Wywary kawy i herbaty, 2) spirytus i wino, 3) mieszanina suszonych czarnych jagód, cynamonu, goździków i imbieru w kwaśnym rozczynie octowym, 4) *acetum aromaticum,* 5) *tinct. valerianae aetherea*, 6) rozczyn soli z 0,3 formaldehydu i odrobiną mentolu, 7) rozczyn formaliny Scheringa w ilości 0,25 cm^3 na litr wody, 8) szlamowana kreda z kwasem siarczanym, 9) sól kuchenna, 10) kwas octowy, 11) chlorek miedzi, 12) nadmanganian potasu, 13) nadmanganian wapna, 14) chlorek żelaza, 15) kwas winny i cytrynowy, 16) wapno, wreszcie: 1) bromowanie, 2) chloroformowanie, 3) jodowanie, 4) buddyzacya.

Utlenienie całkowite części organicznych, zawartych w wodzie, jest równoznaczne z całkowitem jej odkażeniem. To też z wielu znanych w chemii ogólnej sposobów utleniania, występuje na pierwszy plan jeden, który, znany, jako silny środek utleniający, równocześnie w niczem części

składowych wody zmieniać nie powinien. Środkiem tym jest dwutlenek wodoru, czyli woda utleniona.

Własność pomysłu zastosowania wody utlenionej do wyjaławiania wody i mleka należy się duńskiemu inżynierowi Budde, po którym szereg innych badaczy myśl tę podjął. Wyniki tych badań są tak różnorodne, opinie pracujących nad tą metodą tak odmienne, że z całego piśmiennictwa dotyczącego tej sprawy jasnego o niej obrazu wytworzyć sobie niepodobna.

Dosyć powiedzieć, że różnice zdań są tak znaczne, że gdy jedni autorowie uważają ilość jednego centygrama czystego H_2O_2 za wystarczającą do odkażenia jednego litra wody, to inni zalecają w tych samych warunkach dodatek jednego do dwóch decygramów, czyli ilości, dziesięć, względnie dwadzieścia razy większej. Sprawdzenie powyższych zapatrywań budzi zrozumiałe zajęcie.

Dwutlenek wodoru odpowiada, jak wiadomo, wzorowi H_2O_2 i układ jego międzycząsteczkowy wskazuje na prawdopodobną czterowartościowość jednego z atomów tlenu, który oddając dwie swoje wartości dwom cząsteczkom wodoru, dwie drugie pozostawia dla zbywającego tlenu. Pomijam, jako znane, dowody, przekonywające o słuszności powyższej teoryi.

Zajmuje tu nas tylko fakt, że dwutlenek wodoru z łatwością rozpada się na tlen i wodę, i że wskutek tego w idealnym przebiegu odczynu, utleniwszy zbywającą swą cząsteczką tlenu, odpowiednią ilość części organicznych, sam z odkażoną swem działaniem wodą tworzy jedną całość

$$H_2O_2 = H_2O + O.$$

W praktyce jednak, warunki powyższego odczynu przedstawiają się nieco inaczej, — H_2O_2 do pewnej tylko miary utlenia i usuwa części organiczne, — i sam w pewnej tylko części według powyższego wzoru się rozkłada. Zadaniem badającego jest w tym względzie określenie właściwości bakteryobójczych danego środka, oraz w jakim ono stopniu części organiczne zawarte w danej wodzie usunąć zdoła.

Co do pierwszego wykonano w pracowni Dra Serkowskiego około stu rozbiorów i doświadczeń nad rozmaitymi rodzajami wody. Jako materyału użyto wody studziennej, »dobrej« do picia, następnie uznanej za średnią, złą, oraz wprost szkodliwą, dalej wody, zawierającej bakterye chorobotwórcze, wody, zanieczyszczonej umyślnie w tym celu ściekiem rynsztokowym, w stosunku 1%, 2%, 3%, 4%, 5% do 10%, wreszcie wody zakażonej zarazkami durowymi. Każdy z tych rodzajów wód poddano działaniu dwutlenku wodoru w stosunku: 0,01, 0,02, 0,03, 0,04, 0,05, i t. d. %. Badania prowadzono w rozmaitych terminach i okresach czasu.

Wynikiem ich było:

Wody zwykłe studzienne, oraz z pomp, uznane za zdatne do użytku wewnętrznego, a także wody, zawierające pewną niewielką ilość bakteryi gnilnych zostawały odkażane już za dodaniem 0,01% H_2O_2 w przeważnej części przypadków gnilnych. We wszystkich jednak przypadkach odkażał je dodatek 0,02% wody utlenionej.

W wodach, zanieczyszczonych ściekami rynsztokowymi, w wodach odpływowych i innych, niemożliwych do picia i o wielkiej zawartości bakteryi gnilnych i zarazków chorobotwórczych, ilość H_2O_2 potrzebna do odkażenia wahała się między 0,03 a 0,04%, i ta ostatnia ilość zabijała znowu we wszystkich przypadkach wspomniane drobnoustroje. Tenże sam dodatek H_2O_2 odkażał w przeciągu 24 godzin wodę zakażoną umyślnie w tym celu zarazkami chorobotwórczymi n. p. durowymi.

Przy doświadczeniach wreszcie, czynionych z ściekiem rynsztokowym, posunąć się należało z dodatkiem H_2O_2 od 0,05% aż do 0,1%, co jednak pozbawione już było praktycznej doniosłości, ile, że nikt nigdy prawdopodobnie, wód podobnych równie drogim środkiem w praktyce odkażać nie będzie.

Za najniższą więc granicę dodatku dwutlenku wodoru, do mającej być odkażoną w ten sposób wody, bez uprzedniego rozbioru, dla jej odkażenia uważam ilość 0,04%.

Nadmieniam przy sposobności, że większość pracujących nad tem autorów uważa za dostateczny dodatek 0,03% H_2O_2. Jak wspomniałem, w większości przypadków ilość ta wystarcza, jakkolwiek w tym razie należałoby zawsze poprzednio dokładnie zbadać wodę, którą ma się odkazić.

Nie same atoli bakterye, czy gnilne, czy chorobotwórcze stanowią o tem, czy woda jest niezdatną do użytku. Woda, zawierająca nieraz wielkie ilości ciał organicznych rozpuszczonych, lub w postaci zawiesin, bywa wskutek tego wstrętną w smaku i niemożliwą do picia. Ale sprawa smaku mogłaby jeszcze być tu podrzędną. Nadmiar części organicznych jest niedopuszczalny w pierwszej linii, dlatego, że te właśnie części organiczne stanowią najlepsze podłoże dla bakteryi. Woda, jakkolwiek na razie odkażona, jeśliby zawierała nadmiar części organicznych, mogłaby podlegać natychmiastowemu ponowieniu się zakażenia i cały zachód byłby próżny. Drugiem więc żądaniem, stawianem odkażającym środkom, jest, by sprowadzały części organiczne do *minimum*. Oznaczenie ilości części organicznych w danej wodzie przy obecności nadtlenku wodoru sprawia pewne trudności. Skoro bowiem odczynnikiem określającym je jest zwykle nadmanganian potasu, z którego ilości, mogącej być odbarwioną, wnosimy o ilości części organicznych, to wiadomą jest również rzeczą, że i dodany do wody poprzednio dwutlenek wodoru odbarwia $KMnO_4$ ze swojej strony.

$$5H_2O_2 + 2KMnO_4 + 3H_2SO_4 = K_2SO_4 + 2MnSO_4 + 8H_2O + 5O_2.$$

Jednocześnie ważnem pytaniem dla badającego jest, — ile jeszcze z dodanego H_2O_2 w danym okresie czasu w wodzie pozostaje, — i wreszcie jaka ilość wolnego tlenu w danej chwili jest w niej zawarta.

Dla rozwiązania powyższych zadań, używaliśmy metody następujące:

1) 100 cm badanej wody wraz z dodanym do niej dwutlenkiem wodoru, zakwasza się kwasem siarczanym. Mieszaninę oziębia się do 4° C i miareczkuje zapomocą dziesięcio-normalnego nadmanganianu potasu, — aż do pierwszego trwałego zabarwienia. Z otrzymanego wyniku oblicza się zawartość H_2O_2 w danej chwili (17,8 cm^3 $^1/_{10}$ $KMnO_4$ odpowiada 0.030082 gr. H_2O_2).

Następnie dodaje się do tej samej próby wody 10 cm sz. $^1/_{100}$ $KMnO_4$, gotuje dokładnie 5 minut (w razie odbarwienia dodaje się następne 10 cm^3 $KMnO_4$), poczem od-

barwia się mieszaninę 10 cm^3 $^1/_{100}$ kwasu szczawiowego i miareczkuje z powrotem nadmanganianem potasu.

Metoda ta nie będąc bezwzględnie dokładną, daje jednak wyniki dosyć ścisłe i o małym błędzie.

2) Określenie H_2O_2 przy pomocy jodometyi, a ilości części organicznych przy pomocy nadmanganianu potasu. — Do wody, zawierającej H_2O_2 i części organiczne, dodaje się roztworu JK w nadmiarze; następuje słabe wydzielenie jodu, który za dodaniem kilkunastu kropli rozczynu siarczanu żelaza ($FeSO_4$) oddziela się całkowicie, lecz jednocześnie występuje osad wodzianu żelazowego ($Fe(OH_3)$). Za dodaniem kwasu siarczanego osad znika. Wtedy miareczkuje się wydzielony jod znanym sposobem przy pomocy tiosiarczanu sodowego ($Na_2S_2O_3$), używając za wskaźnik krochmalu (zabarwienie niebieskie).

Przytaczam bieg odczynu w czterech fazach:

$$H_2O_2+2KJ+FeSO_4+H_2SO_4=$$
$$K_2O+H_2O+J_2+FeSO_4+H_2SO_4=$$
$$2KOH+J_2+FeSO_4+H_2SO_4=$$
$$K_2SO_4+Fe(OH)_2+J_2+H_2SO_4=$$
$$K_2SO_4+FeSO_4+J_2+2H_2O=$$

Określiwszy w ten sposób zawartość H_2O_2, znajdującego się w danej chwili w wodzie, prostą jest rzeczą, miareczkując szybko inną próbę danej wody nadmanganianem potasu, w sposób poprzednio podany (t. j. na zimno i gorąco), obliczyć z różnicy ilość w wodzie zawartych części organicznych i wyniki porównać. Przy pewnej wprawie są one bardzo zbliżone. Wykonane w naszej pracowni doświadczenia i rozbiory jednej i tej samej wody dawały różnicę 0,2—0,3%.

Do doświadczeń użyto rozmaitych rodzajów wód. Przytaczam tu cztery przykłady. — Dwie z nich przedstawiają zwykły typ nieszczególnej wody wodociągowej, dwie inne tę samą wodę, zakażoną umyślnie ściekiem rynsztokowym w stosunku 50 cm^3 na litr (patrz tablice).

Z dwóch tych zestawień szeregu rozbiorów widać zupełnie zadawalniające obniżenie stosunkowe zużytkowania nadmanganianu potasowego. Zachodzące w paru miejscach wychylenia łatwo wytłómaczyć obecnością jakiejś zawiesiny w badanej wodzie, która zużycie $KMnO_4$ zwiększyła, jak również i tem, że wszystkie rozbiory równocześnie wykonane być nie mogły.

Na tychże samych wodach dokonane doświadczenia, względnie straty ich części stałych po wyprażeniu również dały zadawalniające wyniki. Przytaczam w tym kierunku dwa przykłady (tabl. Nr 3).

Pierwszym tedy dwom warunkom, wymaganym od dobrej metodyki wyjałowienia wody, odpowiadałaby w zupełności buddyzacya. Przypatrując się bowiem baczniej wymienionym przykładom, uderza nas między innemi to, że dodatek 0,04% H_2O_2 nietylko niszczy zarazki chorobotwórcze i gnilne, ale co do zmniejszenia części organicznych wody odpowiada dosyć surowym wymaganiom, i to w zastosowaniu do wprost wstrętnej zakażonej ściekami wody. Dodawszy do tego, że nadtlenek wodoru najzupełniej wyjaśnia i wybiela zawiesiny wody i przez to czyni ją przyjemną dla oka, uważać możemy, że dla tych samych już względów jest on jednym z najodpowiedniejszych środków odkażających. (Dok. nast.).

Oceny i sprawozdania.

W. Rubczyński. **O filozoficznych poglądach Sebastyana Petrycego z Pilzna.** (*Rozprawy Wydz. histor. filozof. Akad. Umiej.* T. LII., str. 61—190, 1908). Jeżeli na tem miejscu piszę o pracy, która treścią swą nie należy ściśle biorąc do zakresu medycyny, czynię to ze względu na osobę Sebastyana Petrycego. Jak wiadomo, berło Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell., ma na szczycie swoim wyrzeźbioną postać tego sławnego lekarza i Profesora Akademii Jagiellońskiej, tak jak Wydział teologiczny posiada na berle św. Jana Kantego, prawniczy Kaźmierza Wielkiego, a filozoficzny Mikołaja Kopernika. Do największych tedy chlub zalicza wszechnica Jagiellońska z lekarzy Sebastyana Petrycego.

Postać to pod wielu względami niezwykła i warta wszechstronnego oświetlenia.

Pod względem filozoficznym objaśnił ją Prof. Rubczyński i szczerze winniśmy być wdzięczni autorowi za trudy podjęte.

O Sebastyanie Petrycym niewiele dotąd wie nauka polska. Autor ustala pewne daty, jak przedewszystkiem rok urodzenia, najprawdopodobniej 1554. Sebastyan Petrycy pochodził z Pilzna w województwie Sandomierskiem, gdzie niedawno wdzięczne za sławę swego dziecka miasto wystawiło mu pomnik. Z tego samego Pilzna pochodził też sławny rektor Akad. Jagiell. Marcin Glicki, a jeszcze po Petrycym wydało to tak dziwnie płodne w umysły niezwykłe miasto Jana Mitkowskiego, Profesora i dziekana Akad. Jagiell. i również sławnego lekarza, ojca Władysława, Dra filozofii i medycyny, autora rękopisu lekarskiego z r. 1642—43

Znaczenie Pilzna, jako spichlerza dostarczającego Uniwersytetowi Jagiellońskiemu ludzi, skorych do pracy naukowej i tak utalentowanych, może mi się uda w przyszłości wyświetlić, jestem bowiem w ciągu pracy nad tem, tutaj tylko zaznaczam ten fakt bądź co bądź niezwykły.

Prof. Rubczyński wydobył dalsze szczegóły z życia Sebastyana Petrycego [1]), dziwnym jednak dla mnie sposobem nie skorzystał z wielu innych wiadomości, które są już oddawna ogłoszone. I tak Encyklopedya Powszechna (Warszawa 1864, tom 18) podaje znacznie pełniejszy życiorys Sebastyana w Moskwie, o czem Prof. Rubczyński powiada bardzo skąpo, i tylko opierając się na domysłach, wiemy, że siedział on tam w turmie, razem z innymi przedniejszymi Polakami, zamieszany w sprawę Maryny Mniszchówny i Dymitra Samozwańca. Trzyletni [2]) pobyt przymusowy skracał sobie ten niezwykle pogodny człowiek tłómaczeniem Horacego Flacca, a czynił także zapiski, na podstawie których opracował dzieje w Moskwie »*Historiae Moschoviticae Libri* III«.

Z lat studyów naukowych nie wspomina też Prof. Rubczyński o pobycie Sebastyana Petrycego w Belgii, a także nie mówi o ogromnem znaczeniu i niezwykłej sławie lekarskiej, jakiemi się cieszył w Krakowie. Wolał leczyć ubogich, niż bogatych, nikomu potrzebującemu nie odmawiając pomocy, a oprócz pracy lekarskiej znajdował czas na zajmowanie się i to bardzo głębokie filozofią, estetyką i historyą. Gdy się rozstał z życiem r. 1626, powszechny żal towarzyszył mu do grobu. Zachowały się słowa, któremi go żegnano: »Już też z nim wszyscy musimy iść do grobu«. Odnosi się to do znanej jego filantropii w zawodzie lekarskim i w fundacyach O tych ostatnich mówi Prof. Rubczyński po raz pierwszy dużo i z pierwszorzędnego źródła, bo z samych aktów fundacyjnych dobroczyńcy. Jest to zapis dla historyografa Uniwersytetu Jagiellońskiego i drugi dla ubogich studentów.

Szczegółów biograficznych dopełnia portret Seb. Petrycego, dochowany w auli Uniw. Jagiell. Dodaję tutaj, że portret ten współczesny, bo malowany w r. 1626, a więc na krótko przed śmiercią, która nastąpiła tego samego roku, wisiał przed-

[1]) Używam ciągle imienia Petrycego, ponieważ nie chcę go pomieszać z synem Janem Innocentym, który pisał: »O wodach w Drużbaku«, (w Krakowie, r. 1635). Często się bowiem czyta o Petrycym, autorze tego pierwszego w języku polskim wydanego opisu źródeł cieplicy wapniowej w Drużbakach na Spiżu, ale bez podania imienia. Ponieważ Sebastyan był sławnym i powszechnie znanym, więc łączą go ze synem i jemu przypisują to dziełko.

[2]) Czy siedział trzy lata, czy tylko półtora roku, z pewnością nie umiem w tej chwili powiedzieć. Mikołaj Oleśnicki, kasztelan radomski siedział trzy lata. Rubczyński wnosi, że Seb. Petrycy, będąc jego towarzyszem, również pokutował tak długo. Encykl. Powsz. mówi o pobycie półtoracznym.

tem w amfiteatrze Nowodworskim, o czem w przyszłości podam więcej.

Muszę jednakowoż sprostować uwagi Prof. Rubczyńskiego, jakie czyni nad portretem. Seb. Petrycy przedstawiony jest na nim nie w płaszczu, ale w szubie, a więc w szacie, którą nosił w pokoju w ręce prawej dzierży nie sakiewkę, ale rękawiczki. Wolałbym nie czytać przytem takiego zdania: »w prawej ręce trzyma sukienną sakiewkę (może jako symbol swoich fundacyi, a może są to tylko sukienne rękawiczki«). Dowodzi to nieznajomości współczesnego sposobu portretowania, a także mija się ze znaną skromnością Seb. Petrycego.

Uwagi co do rysów twarzy i typu Seb. Petrycego, jakoby były cudzoziemskie, nie wytrzymują krytyki. Przeciwnie fizyonomia jego właśnie przypomina rozmaite twarze współczesne w naszej Rzeczypospospolitej. Oczy jego są wybitnie polskie, a nos wydłużony i rysy twarzy pociągłe występują przecież u tylu niewątpliwie rasowych Polaków. Weźmy choćby Stefana Czarnieckiego, którego dochowały się znakomite portrety.

Natomiast godzę się na charakterystykę duchową fizyonomii Seb. Petrycego, którą zresztą popiera autor i to bardzo słusznie wnioskami z dzieł tego uczonego.

Właściwa praca Prof. Rubczyńskiego ma na celu omówić poglądy filozoficzne Seb Petrycego, zawarte w jego »Przestrogach« i »Przydatków«, a w szczególności w dołączonych do pierwszych pięciu ksiąg przekładu »Etyki Nikomachejskiej« Arystotelesa.

Poglądy filozoficzne Seb. Petrycego rozpadają się na poglądy estetyczne, etyczne i psychologiczne.

Streszczam wyniki pracy Prof. Rubczyńskiego, niezwykle sumiennie wyprowadzone z rozbioru pism Petrycego.

Był analitykiem. W estetyce szukał zbywającej starożytnym ściślejszej demarkacyi między dobrem, a pięknem. Powiem, że był pierwszym estetykiem polskim, czego Prof. Rubczyński nie chce wypowiedzieć, choć podnosi zasługi jego pod tym względem. Uwagi Petrycego nad wdziękiem, że ożywia materyę, i że więcej znaczy u kobiety wdzięk, niż piękność, bo »wdzięczność« (jak się wyraża Petrycy) jest rzeczą duszy, a piękność ciała, choć wzorowane na Platonie, niemniej pozostaną na zawsze dowodem ogromnej bujności umysłu Petrycego, niezadowolonego z poglądów Arystotelesa.

W etyce, mówię słowami Prof. Rubczyńskiego, starał się Sebastyan Petrycy pogłębić i wzbogacić pojęcie szczęśliwości przez związanie go z pojęciami doskonałości i powinności (str. 170).

W psychologii ocenił należycie ważność badań obopólnych zależności zjawisk psychicznych i fizyologicznych. Poglądy jego w tym przedmiocie są poczęści wynikiem doświadczeń z zawodu lekarskiego wyniesionych (str. 170).

Uwagę tę Prof. Rubczyńskiego podkreślam. Wypowiada ją jeszcze autor w innem miejscu swej pracy podnosząc, że studya lekarskie i zawód poza innymi czynnikami rozszerzyły widnokręg Sebastyana Petrycego poza sferę formuł i rutyny, w których dusiła się reszta jego krakowskich kolegów scholastyków (str. 62). Jabym jeszcze większy nacisk położył na wykształcenie przyrodniczo-lekarskie i na zawód Petrycego. Poglądy jego na życie społeczne w ówczesnej Polsce, na nadużycia wolności, na źle pojmowaną szczodrość i ofiarność, — wyszły przecież z jego zadania jako lekarza, który ma koić nietylko choroby ciała.

Powiedziałbym, że Sebastyan Petrycy był to wielki uczony — lekarz-obywatel. W tych trzech wyrazach zawiera się jego znaczenie dla naszej kultury. I doprawdy zdumiewać się przychodzi nad wszechstronnością umysłowości Petrycego. Pracami swemi wystawił sobie pomnik, a kulturze naszej zostawił wspaniały wytycznik wzrostu i siły z końcem wieku XVI.

Pisał pysznym językiem okresu złotego naszego piśmiennictwa. Z niezwykłą łatwością uporał się z trudnościami tłómaczenia pojęć filozoficznych, estetycznych, etycznych i psychologicznych, po raz pierwszy po polsku wyrażanych przez siebie. Chlubić się też mógł snadno, że pierwszy przyodział filozofię w szaty polskiej mowy.

I jeżeli miasto rodzinne Pilzno zdobyło się na wystawienie mu pomnika, toż zdobyć powinniśmy się my lekarze i przyrodnicy polscy na uczczenie pamięci jego trwałym pomnikiem w murach Uniwersytetu Jagiellońskiego, którego był chlubą i ozdobą. Rzucam nieśmiałą myśl pod adresem komitetu wykonawczego przyszłego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, czyby jak ostatni Zjazd lwowski uczczeniem Nenckiego, nie mógł się Zjazd najbliższy upamiętnić utrwaleniem pamięci Sebastyana Petrycego. Niech wspomnienie ożywia nas w twardej walce dzisiejszych pokoleń naszych, duch ten, co mu pozwalał w turmie moskiewskiej polszczyć Horacego, duch niespożyty, łaknący wiedzy i nauki w tym celu, aby je obracać na pożytek Rzeczypospolitej.

Powiem własnemi jego słowy z przedmowy do czytelnika w wydaniu Polityki z r. 1605. »Przyczyna wydania tych ksiąg ta jest, która mię pobudziła do pisania tej umiejętności: abym był czemkolwiek pożyteczny na świecie ludziom, ponieważ dlatego wszyscyśmy się narodzili«.

»Powtóre, bawiąc się przy Akademiej Krakowskiej kilkanaście lat profesyą filozofiej, przeniosłem się do medycyny, jednak tak, abym zgoła nie opuszczał już dawno przedsięwziętej filozofiej, dałem na to przez kilka lat godzinę niemal zawżdy jednę i skończyłem zapomocą bożą wszystko«.

Prof. Tarnowski w II. tomie swoich »Pisarzy politycznych wieku złotego« starał się wyzyskać dla swego przedmiotu obfity materyał uwag Petrycego o ekonomicznem, społecznem i politycznem położeniu, potrzebach i niebezpieczeństwach, zawarty w komentarzach (»przestrogach«) i dodatkowych rozprawkach (»przydatkach«) do przekładów polityki i ekonomiki.

Prof. Rubczyński dał nam systematyczny rozbiór poglądu na świat tego Arystotelika, jego stanowiska jako filozofa, estetyka i psychologa. Należy się mu za to szczera wdzięczność, szczególniejsza od świata lekarskiego polskiego z uwagi na znaczenie Petrycego w medycycynie polskiej.

Stanisław Eljasz Radzikowski.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Erhardt. **O stosowaniu queny jako dodatku do środka znieczulającego przy znieczuleniu lędźwiowem.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 26). E. poleca ponownie dodatek queny (3%) do środka znieczulającego na mocy dalszych prób. Osiąga się przez to znacznie pewniejsze, silniejsze, wyżej sięgające i dłużej trwające znieczulenie. Nie powinno się nigdy stosować ambulatoryjnie znieczulenia lędźwiowego *K.*

Burkhardt. **Badania nad działaniem czystego tlenu na rany i zakażenia.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie* T. 92, Z. II.). Tlen wywołuje w ranach większy napływ krwi tętniczej i pobudza tworzenie się ziarniny. Tlen nie osłabia jadowitości gronkowców, obniża może tylko zjadliwość toksyn drobnoustrojów. Wprowadzony do jamy brzusznej wywołuje tlen przekrwienie błony surowiczej i zwolnienie wessania, działa też dobrze przy gruźliczem zapaleniu otrzewnej. *K.*

Nikos A. Kephalinós. **O leczeniu wypadnięcia odbytnicy u dzieci zapomocą podłużnego jej zesztywniania.** (*Jahrb. f. Kinderheilk.* T. 67, Z. 3). Wypadnięcie odbytnicy występuje u dzieci najczęściej w 2—3 roku życia. Wywołują go zaparcia stolca, kamienie pęcherzowe, stulejka, krztusiec i częste lewatywy. Usposabia zaś do tego cierpienia długa krezka, wązkość miednicy dziecięcej, brak skrzywienia kości kulszowej. Leczniczo poleca autor stosowanie sposobu, który podał Spitry. Polega on na podparciu kiszki stolcowej z pomocą podłużnych wałków z parafiny. Igłę strzykawki wkłówa się 1 ctm. poza odbytem na 5 ctm. mniejwięcej głęboko i zaczyna się wstrzykiwać, zwolna wysuwając igłę. Palec wskazujący drugiej ręki kontroluje igłę przez odbytnicę. Z parafiny tworzy się przy takiem wstrzykiwaniu wałek wzdłuż ściany kiszki. Wałków takich robi się 2—3. Z 32 w ten sposób leczonych przypadków w 31 osiągnięto zupełne wyleczenie. *K.*

Daneel. **W sprawie zastosowania guzika Murphyego przy łączeniu żołądka z jelitem.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 57, Z. 3). Według doświadczeń, zebranych w klinice heidelberskiej guzik M. nadaje się dobrze w tych przypadkach, w których z powodu wynędznienia chorego chodzi o pośpiech przy operacyi, dalej przy wycięciu żołądka drugim sposobem Billrotha. Natomiast szew powinno się stosować przy sprawach łagodnych, przy wszelkich innych sposobach wycięcia żołądka, a w końcu przy przedniej gastroentroestomii. Odejście guzika stwierdzono w klinice heidelberskiej w połowie przypadków. *K.*

Prof. Lexer. **O przeszczepianiu stawów.** (*Med. klin.* 1908, Nr 22). Z jednej strony wobec niepewnych dotąd wyników leczenia operacyjnego kostnych zesztywnień stawów, a z drugiej wobec wielkiej żywotności przeszczepianych chrząstek i stawów wpadł Lexer na myśl leczenia kostnych zrostów stawo-

wych przeszczepianiem części, a potem i całych stawów. Najpierw więc u jednego chorego, któremu trzeba było usunąć z powodu mięsaka ⅓ kości goleniowej, przeszczepił taki sam kawałek z powierzchnią stawową, uzyskany przy amputacyi nogi z powodu zgorzeli starczej. Wynik czynnościowy był zupełnie dobry, choć kość pochodziła z nogi przeciwnej (prawej). Tu udało się więc przeszczepić pół stawu. Zachęcony tem przeszczepił L. w innym przypadku obie powierzchnie stawowe z więzadłami krzyżowemi, a celem uniknięcia zrostów utworzył sztuczną torebkę stawową z błony surowiczej, uzyskanej przy operacyi wodniaka jądra. I tu wynik był dobry. Wobec tego postanowił L. w końcu spróbować przeszczepić cały staw razem z torebką, co również się udało. W miejsce wyciętego stawu kolanowego u jednego dziecka wstawił L. staw, pochodzący z drugiego (wycięcie z powodu porażenia zupełnego). Sprawę więc przeszczepiania stawów uważać należy za rozwiązaną. Zachodzi pytanie, czy u dzieci przeszczepione części będą rosły dalej, co pokaże dalsze doświadczenie. Buchmann użył w tymże czasie do przeszczepienia w łokieć stawu śródstopnopalcowego. L. sądzi, że w stawie łokciowym podobne operacye są zbyteczne, a wystarczy tu wycięcie łukowate i włożenie celem zapobiegnięcia zrostom płatu okostnej lub płytek chrząstki. Judet przeszczepiał, a raczej wszczepiał królikom wycięte powierzchnie stawowe z powrotem i uzyskał przygojenie. Zresztą jedynie własne próby uważa L. za rozstrzygające. *K.*

Rotter. **Nowy sposób operacyjnego leczenia zastarzałych złamań rzepki.** (*Deutsch. med Wochft.* 1908, Nr 171). Przy następowem zeszywaniu rzepki wpływa źle na gojenie ciągłe pociąganie górnego odłamka przez mięsień czworogłowy. R. zapobiega temu w ten sposób, że odszczepia płat z powięzi mięśnia czworogłowego, obraca go na rzepkę i przyszywa tak do odłamków jak i do więzadła własnego rzepki. Przez to działanie mięśnia przenosi się i na dolny odłamek. *K.*

Borchard. **W sprawie zachowawczych sposobów operacyjnych przy mięsakach kości długich.** (*Deutsch. Zeift f. Chir.* T. 93, Z. 1). Wobec ogromnych postępów sztuki przeszczepiania kości, powinno się przy ograniczonych i otorbionych mięsakach kości długich używać przedewszystkiem zabiegów zachowawczych, t. j. wycinania kości z ciągłości, przez co uzyskać można wyniki wcale dobre, a co najważniejsze, chorzy zgodzą się zawsze, nawet w początkach choroby na operacyę, gdy natomiast na odjęcie kończyny nie chcą zezwolić nieraz nawet i w okresach późniejszych. *K.*

Weber. **O całkowitem podskórnem przerwaniu splotu barkowego bez uszkodzenia kości.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 21). Przy wypadku automobilowym powstało złamanie łokcia i kości promieniowej. Dopiero po wyleczeniu złamań zauważono zupełne porażenie kończyny górnej. W. rozpoznał przerwanie splotu barkowego, co operacya, wykonana celem zeszycia nerwów, potwierdziła. Przerwanie to, tłómaczy sobie W. przecięciem nerwów przez obojczyk, który przy podniesieniu ręki skręca się i przybliża bardzo do pierwszego żebra. *K.*

Spitzy. **W sprawie leczenia porażeń z pomocą plastyki nerwów.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 27). Plastyka nerwów znajduje obecnie w leczeniu porażeń coraz to szersze zastosowanie. Można obwodowy koniec porażonego nerwu wszczepiać w nerw zdrowy, lub też łączyć go ze środkowym kikutem nerwu zdrowego. W ten sposób łączymy porażony nerw twarzowy z dodatkowym lub podjęzykowym, dalej nerw strzałkowy z piszczelowym, nerw zasłonowy z udowym, promieniowy ze środkowym itp. Przy operacyi uważać należy, by nerwy nie ulegały uciskowi, chwytać też je należy osobnemi szczypczykami, do tego celu zbudowanemi, nie za bardzo odsłaniać z pochewki, szew zakładać skrupulatnie, a miejsce zeszycia odosabniać od otoczenia i chronić od ucisku następowo tworzącej się blizny, przez otulanie tętnicami psa, ustalonemi we formalinie. Szczepienia nerwów, racyonalnie wykonane dają autorowi 70% zupełnych wyleczeń z porażeń. Na wynik trzeba czekać nieraz długo, tem dłużej, im dłużej porażenie już istniało. Występujące czasem po operacyi zaburzenia ruchowe w zakresie zdrowego, użytego do plastyki nerwu, ustępują zwykle z czasem same. *K.*

Preiser. **W sprawie etiologii zniekształcającego zapalenia kręgów szyjnych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 27). P. rozróżnia 2 postacie chorobowe tego cierpienia 1) unieruchomiającą, 2) zniekształcającą. Pierwsza zajmuje pierwotnie połączenia wyrostków stawowych, druga wywołuje znów zmiany zniekształtniające w trzonach. Ta druga z postaci występuje głównie w części lędźwiowej i piersiowej kręgosłupa, pierwsza zaś w części szyjnej. P. spostrzegał przypadek, odbiegający nieco od typu, mianowicie u pewnego skrzypka, zdaje się wskutek wadliwego trzymania głowy przy graniu, wystąpiło zniekształcające zajęcie 4—6 kręgu szyjnego, gdy kręgi piersiowe i lędźwiowe nie były cierpieniem dotknięte. *K.*

Wahl. **Czego możemy się spodziewać po obecnem leczeniu skrzywień kręgosłupa?** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 28). Na podstawie 321 przypadków skrzywień kręgosłupa, leczonych przez siebie, omawia W. sposoby leczenia tego cierpienia. Ruchome jeszcze skrzywienia wyleczyć udaje się zawsze w przeciągu 3 miesięcy do 2 lat z pomocą gimnastyki ortopedycznej, którą należy jednak stosować nietylko codziennie, ale kilka razy na dzień. By temu zadaniu zadość uczynić, posługuje się W. takimi przyrządami, które prawie każdy chory sprawi sobie; chory używa tych przyrządów sam. Wypada to choremu bezwątpienia znacznie taniej, niż nawet najskromniej opłacane leczenie w zakładach. Przyrządy autora są bardzo proste. Jeden z nich stanowi łóżko prostujące, na którem chory śpi w nocy, a drugi składa się z widełek i dwóch pętli, za które chory chwyta i wkładając w widełki wypukłą stronę grzbietu prostuje się. Prócz tego przy ustalonych skrzywieniach stosuje W. forsowne prostowanie (z następową gimnastyką), a przy silnie ustalonych skrzywieniach lekkie prostujące gorsety. Przez częste ćwiczenia w domu wspomaga sam chory ogromnie leczenie i dlatego zapewne W. ma wyniki tak dobre. *K.*

Dermatologia i syfilidologia.

Carle. **Próba poronnego leczenia wiewióra przez wczesne częste wstrzykiwania.** (*Rev. prat. d. mal. d. org. gen. urin.* IV., 22). Autor zaleca u chorych na wiewióra w kilka dni po zakażeniu leczenie poronne w postaci seryi wstrzykiwań z 0,2‰ rozczynu nadmanganezianu potasowego, stosowanych co trzy godziny jako serya z 4—6 wstrzykiwań zwyczajną strzykawką 12—15 gramową. Dwa razy dnia robi wstrzykiwania lekarz, resztę sam chory. Płyn nie powinien przechodzić do tylnej części cewki, a w cewce powinien pozostawać z początku ½—1 minuty, później ½—2. Od 3—6. dnia należy stosować te wstrzykiwania 4 razy na dzień, z tego raz przez lekarza, od 7—10. dnia trzy razy, od 11—13. dwa razy, a 14-go i 15-go dnia tylko raz dziennie. W przypadkach korzystnie przebiegających już po 48 godzinach znikają objawy zapalne, 5-go dnia tylko rano pokazuje się kropla wydzieliny, której 10-go dnia już zazwyczaj nie ma wcale. W przypadkach, w których pojawi się ból przy wstrzykiwaniu lub oddawaniu moczu, obrzęki cewki lub powikłania, należy zaprzestać tego sposobu leczenia. *Krzysztalowicz.*

Nicolas i Jambon. **Białkomocz, a świerzb.** (*Annal. d. derm. et syph.* 1908, 2). Autorowie zwracają uwagę na stosunkowo częste pojawianie się białkomoczu w przebiegu świerzbu (na 101 przyp. 16 razy). W przeważnej części przypadków białko znikało z moczu po wyleczeniu świerzbu, dlatego autorowie sądzą, że w niektórych przypadkach chodzi tu o rzeczywiste zakaźne zapalenie nerek; w innych białkomocz powstaje na drodze odruchu przez podrażnienie skóry, przez zaburzenia w krążeniu w nerce lub też w czynności jej nabłonka. *Krzysztalowicz.*

Róbin. **Przypadek przymiotowego cierpienia żołądka, symulujący raka, oraz kilka słów o cierpieniach żołądka w III. okresie przymiotu.** (*Medycyna i Kronika lekarska* Nr 27). W przypadku, spostrzeganym przez R., cierpienie przymiotowe żołądka naśladowało zupełnie raka, lecz. R. ze względu na obecność kwasu solnego w żołądku postanowił najpierw przeprowadzić u chorego leczenie przeciwkiłowe, które rzeczywiście znakomicie pomogło. Cierpienia żołądka w III. okresie przymiotu występują w trojakiej postaci: 1) w postaci przewlekłego nieżytu żołądka (bole głównie wieczorem, nudności, wymioty, brak łaknienia i t. p.); 2) w postaci wrzodu żołądka; objawy spotykamy tu te same, co i przy wrzodzie, bole występują głównie wieczorem i w nocy; 3) w postaci »raka wrzekomego«; spotykamy tu wyczuwalny guz wielkości jaja kurzego lub nawet pomarańczy, zwężenie odźwiernika, wymioty krwawe, charłactwo i t. p. Anatomo-patologicznie spotykamy w kile żołądka ziarniniaki rozległe (typ I.), więcej miejscowe, rozpadłe (typ II.), lub miejscowe, lecz znacznie większe (typ III.). Rozpoznanie, zwłaszcza przy typie III., czasem jest bardzo trudne. Zachowywanie się czynności wydzielniczej żołądka nie daje nam często żadnej wskazówki rozpoznawczej, bo często spotykamy upośledzone wydzielanie soku żołądkowego. W każdym przypadku raka powinniśmy też myśleć i o przymiocie, zwłaszcza w przypadkach nietypowych. *K.*

Sandman. **Szczepienie pozostałościami po zejściu zmian kiłowych.** (*Dermatol. Zeitschr.* 1908, Nr 5). W kilka

miesięcy, a nawet w całe lata po zniknięciu leczonych zmian kiłowych można jeszcze w miejscach tych zmian przy badaniu drobnowidowem stwierdzić ślady sprawy w postaci nacieków okrągłokomórkowych i zmian naczyniowych. Dla dokładnego poznania okresu udzielania się kiły niezmiernie byłoby ważne wykrycie w tych mikroskopowych resztkach zmian kiłowych krętków bladych. Badania jednak takie, wykonane przez S. i innych, dały wynik ujemny. Pozostała zatem możność wyświetlenia tej sprawy zapomocą doświadczeń na zwierzętach, a mianowicie małpach, u których jad kiłowy łatwo się przyjmuje. Autor przy takich szczepieniach miał dziewięć dodatnich wyników. W ośmiu przypadkach brał materyał z wyleczonych wrzodów pierwotnych, a raz z wyleczonego guzka kiłowego. Czas od zakażenia chorego do dnia szczepienia wynosił od 3 do 17 miesięcy, zaś od wyleczenia wrzodu do czasu szczepienia upływało od kilku do 14 miesięcy. Tylko takie przypadki dobierano do szczepienia, w których w miejscu wrzodu pierwotnego nie występowały objawy drugorzędne. Chorzy, z których brano materyał do szczepień, byli leczeni wstrzykiwaniami olejku merkurolu. W przypadku, w którym autor przeszczepił materyał z miejsca wyleczonego guzka, upłynęło od czasu zakażenia chorego sześć miesięcy, a $1^1/_2$ miesiąca od ustąpienia guzka. U małpy w miejscu szczepienia powstało owrzodzenie, w jakiś czas później w otoczeniu objawy drugorzędne. W zmianach tych wykrył autor krętki. Te doświadczenia dowodzą, że jad kiłowy jest żywotny pomimo systematycznego leczenia w miesiące, a nawet lata po ustąpieniu objawów. W ten sposób zarazem wytłómaczoną została możność zakażenia u ludzi, wolnych od objawów kiłowych. *Stopczański.*

Mieszczerskij i Bobrow. **Kliniczna ocena ochronnego działania maści kalomelowej i poronnego wpływu atoksylu na przymiot.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 8). Autorowie z kliniki Prof. Pospiełowa w Uniw. Moskiewskim badali: 1) ochronne znaczenie maści kalomelowej, zalecanej przez Miecznikowa, 2) wpływ wielkich dawek atoksylu, wstrzykiwanych chorym o ile można rychło po zakażeniu przymiotem. Dla rozwiązania pierwszego zagadnienia szczepili autorowie za zgodą chorych w skórze pleców prątki Ducrey-Unny, przyczem po jednej stronie w miejsce szczepienia wcierali maść, po drugiej zaś nie; okazało się, że po tej stronie, gdzie wcierano maść, wrzody były nawet większe i głębsze, niż po drugiej stronie, gdzie maści nie wcierano; wynik ten, zdaniem autorów, zależy od przyczyn niechemicznych (tarcie). Co się tyczy atoksylu, to jednemu choremu zaczęto wstrzykiwać atoksyl w 3 tygodnie po stwierdzeniu wrzodu, a w 7 tygodni po zakażeniu wstrzyknięto w ciągu leczenia 0,017 atoksylu, mimoto ogólne objawy wystąpiły po upływie 4 tygodni po stwierdzeniu wrzodu, a w 2 miesiące po zakażeniu. W drugim przypadku wrzód powstał w 43 dni po spółkowaniu, gruczoły obrzękły w 48 dni po zakażeniu. Wycięto wrzód i gruczoły na 10. dzień i tegoż dnia zastosowano leczenie atoksylem. Wstrzyknięto w ciągu 15 dni 2,7 grm. francuskiego atoksylu, mimoto na 19. dzień od operacyi i od początku leczenia atoksylem zaczęły się rozwijać ogólne objawy. Na podstawie tych 2 spostrzeżeń wnoszą autorowie, że o poronnem działaniu atoksylu na przymiot i mowy być nie może. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Butte L. **Znaczenie 25% maści kalomelowej, jako środka zapobiegawczego w kile.** (*Ann. d. thér. derm. et syph.* VIII., 5). Roux i Miecznikow polecali w kilka godzin po zakażeniu kiłą wcieranie 25% maści kalomelowej, mającej zapobiegać wystąpieniu choroby. Autor pouczył dwóch swych pacyentów, zgłaszających się do niego skutkiem innych chorób, jak mają używać tego zapobiegawczego środka, obaj jednak mimo przestrzegania tego przepisu, zgłosili się po pewnym czasie z objawami kiły pierwotnej. B. sądzi zatem, że tej metodzie nie można ufać bezwarunkowo. *Krzyształowicz.*

Bullaley D. **Znaczenie jarskiego pożywienia w leczeniu łuszczycy.** (*VI. Zjazd międzynar. w N. Yorku*). B. zwracał już przed laty uwagę na to, że pożywienie mięsne pogarsza istniejące zmiany łuszczycowe, które znikają szybciej przy zakazie używania potraw mięsnych. B. stwierdził przez dalsze spostrzeżenia, że przy ścisłej dyecie jarskiej znikały zmiany łuszczycowe nawet bez leczenia miejscowego, a nawroty nie pojawiały się, wysypka jednak zjawiała się wtedy, gdy chorzy przechodzili do pożywienia mięsnego. Dla dokładności i szybkości wyniku łączy B. leczenie miejscowe i wewnętrzne z jarską dyetą i z wyników jest zupełnie zadowolony. *Krzyształowicz.*

Jogiches. **O leczeniu naczyniaków elektrolizą.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 9). W ciągu r. 1906/7 usunął J. w dziecięcym szpitalu w Petersburgu 89 naczyniaków przy pomocy elektrolizy i na podstawie swego doświadczenia gorąco poleca ten sposób leczenia. Według J. jest elektroliza wskazana: 1) Do usuwania powierzchownych naczyniaków na twarzy niezależnie od ich wielkości; do usunięcia drobnych naczyniaków wystarcza nawet jedno lub kilka posiedzeń; przy większych naczyniakach trzeba posiedzeń nieraz znacznie więcej. W tych przypadkach przewaga elektrolizy przed sposobem chirurgicznym polega *a*) na tem, że nie potrzeba brać skóry z sąsiednich okolic dla pokrycia ubytku, *b*) że blizny prawie się nie kurczą, co ma ogromne znaczenie tam, gdzie naczyniaki graniczą z otworami: ust, nosa, oczu i t. d. 2) Do usunięcia naczyniaków błon śluzowych wewnętrznej powierzchni policzków, podniebienia i t. d., jak również naczyniaków, rozwijających się na miejscu przejścia skóry w błonę śluzową, naczyniaki warg, końca nosa, wejścia do pochwy, odbytu i t. d. 3) Do usunięcia naczyniaków, leżących głębiej pod skórą i bez ostrych granic, przechodzących w otoczenie. Operacya chirurgiczna jest w takich przypadkach wprost niemożebna wskutek braku pewnych granic; usunięcie zaś naczyniaków razem ze zdrową tkanką wywołuje zbyt wielkie oszpecenie. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Fromme. **Leczenie zapalenia pęcherza moczowego u kobiet.** (*Tow. lek. w Halle* 19. II. 1908). F. omawia leczenie zapaleń i niezytów pęcherza moczowego u kobiet z wyłączeniem gruźlicy, trypra i kamieni. Zakażenie pęcherza powstać może drogą zstępującą z nerek, lub wstępującą n. p. przez nieczyste narzędzia. Sposób powstania wielu cierpień pęcherza jest jeszcze zupełnie ciemny. Należy tu n. p. zapalenie pęcherza, występujące często u kobiet starszych bez żadnej widocznej przyczyny. Tłómaczymy sobie powstanie jej osłabieniem zwieracza i samegoż pęcherza, który wskutek tego nie opróżnia się zupełnie, zalegający mocz rozkłada się, niedomykający się zwieracz przepuszcza drobnoustroje z przedsionka, a te w rozłożonym moczu znajdują dobre podłoże do rozwoju. U młodych kobiet takie samoistne zajęcie pęcherza należy do wielkich rzadkości, bo zwieracz działa u nich dobrze i pęcherz kurczy się należycie. Każde cierpienie pęcherza badać należy cystoskopem. Wszystkie zapalenia pęcherza leczy F. przedewszystkiem spokojem. Wewnętrznie podaje odwar z mącznicy niedźwiedziny (*fol. uvae ursi*), wody alkaliczne, urotropinę i poleca odpowiednią dyetę. Największy nacisk kładzie jednak na leczenie miejscowe, wprowadzając do pęcherza środki działające przez czas dłuższy odkażająco, a mianowicie 10 ctm.^{3} 10% mieszanki jodoformu z oliwą lub gliceryną, co 1—2 dni, odrzuca zaś właściwe przepłukiwania. Po ustąpieniu ostrych objawów, co zwykle najlepiej po 2—3 wkropleniach mieszanki jodoformowej, przechodzi F. do wkraplań 1—5% azotanu srebra, do szyi pęcherza. Kurczący się zwieracz wyciska rozczyn na dno pęcherza; wkraplań tych robi F. zwykle 2—3, poczem osiąga zazwyczaj wyleczenie. — W dyskusyi poleca Penkert zamiast jodoformu (przykra woń), mieszankę kseroformową, Rothe płukania 1% fenolsalylem, Kneise zakładanie pręcików jodoformowych (0,1). *K.*

Lewen. **W sprawie plamistego zaniku skóry.** (*Monatsh. f. prakt. Derm.* T. 46, Nr 7). L. opisuje przypadek plamistego zaniku skóry, który wystąpił w czasie leczenia kiły świeżej u kobiety średniego wieku. Na skórze tułowia i kończyn pojawiły się liczne niebieskawe plamy od wielkości feniga do wielkości marki. Skóra w miejscach plam zanikła, cienka marszczyła się w drobniutkich fałdach. Poszczególne ogniska o ostrych granicach leżały nieco poniżej powierzchni prawidłowej skóry. W czasie leczenia nie dostrzegł L. w miejscach zajętych plamami żadnej zmiany w kierunku polepszenia lub pogorszenia. Wynik badania histologicznego jednego z większych ognisk był następujący: warstwa rogowa bez szczególniejszych zmian, warstwa jasna (*ito lucidum*) nieco szersza. W sieci Malpigiego komórki prawidłowe, bez śladów zwyrodnienia. W warstwie tej jednak widać przypłaszczenie brodawek, w pewnych miejscach nawet brak ich zupełny. Poniżej tej warstwy i w ostatnich jej szeregach znajdują się młode komórki łącznotkankowe. W głębszych warstwach zauważa się lekkie objawy zapalne, zanik włókien sprężystych, obfite unaczynienie i wytwarzanie się tkanki łącznej. W skrawkach, barwionych barwikiem Giemsy, krętków nie znaleziono. Za związkiem tych zmian z równoczesną kiłą przemawiałyby zdaniem autora: rozrost tkanki klejorodnej i obfite unaczynienie; przeciw temu związkowi przemawia z drugiej strony brak znaczniejszych nacieków. Ze względu jednak na to, że plamy zanikowe po pierwszem wstrzyknięciu miąższowem salicylanu rtęci wyraźniej występowały i sprawiały pewne swędzenie, okazując w ten sposób pewne podobieństwo do odczynu

Hernheimera przy wysypce kiłowej, nie wyłącza L. prawdopodobieństwa tego związku. *Stopczański.*

Neumann. **Z kazuistyki rybiej łuski** (*Ichtyosis. (Monatsh. f. prakt. Derm.* T. 46, Nr 7). Z trzech przypadków tej choroby, opisanych przez N., dwa dotyczyły dwóch sióstr, których matka również tem samem cierpieniem miała być dotkniętą. Obie siostry miały ten sam rodzaj tego cierpienia w postaci t. zw. *Ichtyosis follicularis.* U obu chorych zmiany na skórze wystąpiły w pierwszych latach życia, nie sprawiając jednak żadnych dolegliwości. Trzeci przypadek dotyczył 15-letniej dziewczyny, w której rodzinie nikt w podobny sposób nie chorował. U tej chorej skóra tułowia w całości prawie jest pokryta łuskami, które w dużych płatach się złuszczają; również i kończyny z wyjątkiem przedramion pokryte dużemi połyskującemi tabliczkami składającemi się z okrągławych łusek. W ciągu leczenia kąpielami, nacieraniami szarego mydła i lanoliny nastąpiło u tej chorej małe polepszenie. *Stopczański.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Posiedzenie w dniu 10. lipca 1908.

1) P. Głowackiemu, aptekarzowi, wychodźcy z r. 1863, uchwalono udzielić zasiłku na powrót do kraju.

2) Przyjęto do wiadomości list Dr Fronczaka z Buffalo w sprawie urządzenia Zjazdu lekarzy i aptekarzy polskich w Ameryce.

3) Nadesłane materyały do sprawy partactwa lekarskiego dołączono do zbiorów, gromadzonych przez Towarzystwo celem zwalczania partactwa.

4) Uchwalono zaprotestować przeciwko mianowaniu w jednej z grup Związku Polek w Chicago lekarzem egzaminatorem Irlandczyka, nie umiejącego nawet rozmówić się po polsku z badanymi. Towarzystwo zaznacza całą niesprawiedliwość takiego postępowania ze strony grupy, kiedy nawet prawo związkowe zastrzega wybór lekarza Polaka na egzaminatora, z wyjątkiem tych miejscowości, gdzieby lekarza Polaka nie było. Wobec tego, że grupa ta jest w Chicago, a lekarzy polskich jest tu dostateczna ilość, przeto potrzeby szukania lekarza Irlandczyka do polskiej organizacyi nie było, na co Towarzystwo lekarzy polskich zwraca uwagę opinii publicznej.

5) Na Sejm przemysłowców polskich wydelegowano w odpowiedzi na nadesłaną odezwę Dr Żurawskiego i Szwajkarta.

6) Obszerną dyskusyę wywołała sprawa udziału lekarzy w reprezentacyach publicznych. W dyskusyi podniesiono, że dziś ustrój społeczny rozwija się w ten sposób, iż życie ludzkie w ekonomii społecznej nabiera coraz to większej ceny. Sanitarne urządzenia i uprzedzanie wybuchu chorób zmniejszają śmiertelność i przedłużają życie człowieka, a lekarze powinni mieć w tych i podobnych sprawach najpoważniejszy głos, jako ludzie najbardziej w nich kompetentni. Tymczasem np. w radzie powiatowej niema żadnego lekarza od 14 lat, rada ta zaś ma w swoim zarządzie tak poważne instytucye lecznicze, jak szpitali powiatowy na przeszło 1600 chorych, dom dla obłąkanych na 1000 chorych, dom dla kalek i starców na 600 chorych i t. p. Oprócz tego rada załatwia mnóstwo spraw i urządzeń sanitarnych powiatu. Wpływ lekarzy w tym kierunku musi przyjść z czasem i u nas.

W dyskusyi zabierali głos Drzy: Czaki, Stupnicki, Szwajkart, Żurawski, Bozinch, Ostrowski, Boguszewski i inni.

Sekretarz: *Dr Jul. Szymański.*

Spostrzeżenia nad podniebiem tatrzańskiem.

Pzyczynek do geografii lekarskiej Polski.

Napisał

Stanisław Eljasz Radzikowski,

b. lekarz stacyi klimatycznej w Zakopanem, b. asystent kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu we Lwowie.

Bardzo niewiele mamy spostrzeżeń nad rozsiedleniem chorób na obszarze dawnej Rzeczypospolitej. W podręcznikach lekarskich znaleść można uwagi, dotyczące rozmieszczenia chorób w rozmaitych krajach, najmniej jednak o Polsce.

Wdzięczny to temat do badania, zwłaszcza w jednej części Rzeczypospolitej, to jest w Galicyi, gdzie przedewszystkiem lekarze powiatowi, a w nowszych czasach utworzeni okręgowi mogą się zajmować z wielkim pożytkiem tą sprawą. Za granicą dawno zwrócono baczną uwagę na tego rodzaju spostrzeżenia i istnieją też tam takie dzieła, jak n. p. wspaniała geografia wola w Szwajcaryi przez Kochera.

Przebywając przez wiele lat pod Tatrami w Zakopanem, zebrałem nieco spostrzeżeń pod tym względem i tutaj je streszczam, zachowując sobie na później obrobienie szczegółowe tego przedmiotu.

I. Gruźlica. Naprzód dotknę gruźlicy płuc. Wiadomo, że dzisiaj już powszechnie zarzucono dawne mniemanie, szerzono przez twórcę nowej fizeoterapii, Brehmera z Gerbersdorfu, jakoby istniały okolice wysoko położone, zupełnie wolne od gruźlicy. Dzisiaj jest rzeczą pewną, że tej choroby nigdzie, gdzie ludzie żyją, nie brak.

Niemniej jednak gruźlica może się różnić w pewnych okolicach częstością występowania, oraz przebiegiem. I o tem właśnie chcę pomówić ze względu na klimat tatrzański.

Jak w każdej rzeczy, niezupełnie znanej, istnieją dwa skrajne przekonania wśród niektórych lekarzy o pojawianiu się gruźlicy w Zakopanem.

Istnienia jej zaprzeczać nie myślę, bo rzeczywiście wydarza się ona tak w Zakopanem, jak i we wsiach sąsiednich. Oczywiście mam tu na myśli tylko ludność miejscową, a nie przybyszów.

Choć się gruźlica wydarza, to trzeba jednak przyznać, że jest stosunkowo rzadką chorobą. Dokładnych liczb statystycznych podać nie można. Wyciągi z parafii nie na wiele się przydadzą, gdy chodzi o ułożenie statystyki suchot, albowiem oględzin zwłok dokonują z małym wyjątkiem we wszystkich wsiach oglądacze ludowi, którzy po ludowemu nazywają suchotami każdą wyniszczającą chorobę, więc n. p. cherę nowotworową i t. p. Oprzeć się tu więc na razie trzeba na doświadczeniach, zebranych w praktyce. Z własnego doświadczenia mogę powiedzieć, że gruźlica płuc nie jest częsta. Nie znaczy to, aby sami górale byli odporni, tylko warunki otoczenia nie sprzyjają zakażeniu. Ci sami ludzie, dostawszy się w niziny, w okolicznościach sprzyjających zakażeniu, dostają gruźlicy. I tak częstą przyczyną gruźlicy bywa u górali służba wojskowa, która przez wysiłki i złe warunki higieniczne sprzyja zakażeniu. Górale w wojsku często zakażają się gruźlicą, i wyszedłszy w trzecim roku służby na urlop do domu, zapadają w dalszym ciągu na tę chorobę. Dalej z okolic Podhala służą często w szpitalach i klinikach krakowskich posługaczki, które już z prawidła po kilku latach pobytu w tych zakładach zapadają na gruźlicę płucną.

Gruźlica szerzy się nieraz w jednej i tej samej rodzinie, co przez wzgląd na stykanie się ciągłe i sypianie wspólne łatwo zrozumieć.

Zauważyłem, że gruźlicy ulega z ludności zakopiańskiej najwięcej ludność Kuźnic, złożona z przybyszów, sprowadzonych z dalekich stron, wogóle z nizin, w części pochodzenia obcego (czesko-niemieckiego), która żyje w biedzie, i w o wiele gorszych warunkach higienicznych, niż ludność góralska.

W przebiegu gruźlicy w okolicach podtatrzańskich da się spostrzedz ciekawy objaw, a mianowicie, że u ludności miejscowej góralskiej krwotoki zupełnie się nie pojawiają. W żadnym z wielu spostrzeganych przypadków gruźlicy u górali krwotoków nie zauważyłem. W plwocinie zdarza się krew jedynie w postaci skąpej domieszki lub drobnych żyłek, do krwotoku przecież nie dochodzi. Wiąże się z tem spostrzeżenie uczynione przez wielu lekarzy w rozmaitych lecznicach górskich, że nigdy krwotoków nie widzieli w klimacie górskim u chorych takich, którzy ich już w domu nie mieli.

Z przypadków gruźlicy wśród przyjezdnych chorych zakopańskich ani w jednym nie spotkałem krwotoków, któreby wystąpiły po raz pierwszy w Zakopanem. Zdarzają się nawet bardzo znaczne krwotoki, lecz u osób, które już dawniej w domu krwotoki miewały [1]).

II. Zimnica. Zimnica miejscowa w Zakopanem i okolicy nie istnieje. W każdym przypadku zimnicy u ludności miejscowej można stwierdzić zawsze poprzedni pobyt chorego na nizinach.

[1]) Niezwykle ciekawy ten objaw, że krwotoku płucnego nie ma u ludności góralskiej, należy oczywiście wytłomaczyć, co sobie zachowuję na inny raz. Wymaga to dłuższej pracy.

Ciekawą jest rzeczą, że chory ten mógł przed kilku miesiącami jeszcze powrócić do gór i dopiero potem pod wpływem bezpośredniej przyczyny napady wystąpiły. Zdarza się mianowicie tak, że górale wychodzą na roboty w dalekie strony, w niziny, do Królestwa Polskiego, wogóle jak mówią »w doły na Lachy«, i wracają po dłuższym tam pobycie »na góry«, czyli Święta Bożego Narodzenia do gór. Z nastaniem wiosny przy robotach ziemnych naraz pojawia się zimnica. Napady te zazwyczaj po kilku dawkach chininy bezpowrotnie giną.

Osoby obce przybyłe do Zakopanego, mające już dawniej w sobie zarazki zimnicze, mogą dostać tutaj napadów pod wpływem jakiegoś czynnika szkodliwego, który wyzwala z ukrycia dawną chorobę. Wogóle jednak ponieważ miejscowa zimnica w Zakopanem nie istnieje, wysyłanie chorych na zimnicę do tego uzdrowiska jest uzasadnione.

III. Gościec, nerwobole. W Zakopanem i jego okolicy stosunkowo częsty jest gościec stawowy z następstwami, gościec mięśniowy, oraz nerwobole, a to z powodu wpływów klimatycznych. To też ostre postacie tych chorób nie nadają się do Zakopanego, a stan chorych może się tu nawet pogorszyć. Działa tu zwłaszcza szkodliwie wiatr halny, który wywołuje często nerwobole, oraz wpływa rozdrażniająco na usposobienie.

IV. Rany. Gojenie się ran odbywa się bardzo szybko i pomyślnie w Zakopanem. Jest tu widoczny wpływ czystości powietrza, gdy n. p. rana po nacięciu ropnia goi się o połowę szybciej, niż na nizinach.

V. Wole. Wole zdarzają się u ludności w Zakopanem, jednak są bardzo rzadkie, i co ciekawsze, że pojawiają się wśród wzgórz podgórskich, więc w paśmie Gubałówki, która już do Tatr nie należy. W parze z wolem idzie też matołectwo, tylko w pasmie Gubałówki pojawiające się niekiedy.

VI. Jaglica. Jaglicy miejscowej nigdy nie widziałem, a wiadomo mi, że górale z wojska puszczeni na urlop i stamtąd przynoszący jaglicę, tracą ją rychło i bez leczenia. Przedstawiwszy się pierwszy raz z objawami tej choroby lekarzowi powiatowemu, już za drugim lub trzecim razem nie okazują jaglicy.

VII. Krew, przemiana materyi. Podobnie, jak to w innych górach stwierdzono, przybywa również w klimacie zakopańskim ilościowo ciałek czerwonych krwi, o ile ze spostrzeżeń moich sądzić mogę.

Badania dotyczące przemiany materyi i zmian w tej sprawie pod wpływem klimatu tutejszego wymagają osobnych urządzeń, to też o tem dzisiaj tylko ogólnie sądzić można. Brak jakiejkolwiek pracowni chemiczno-lekarskiej nie pozwala na przedsiębranie badań dokładnych. Przyspieszenie przemiany niewątpliwie istnieje; ilościowych spostrzeżeń nie posiadam.

Z innych właściwości podniebia zakopiańskiego, czy tatrzańskiego, jeżeli się je obejmie szerzej, wspomnę o następujących objawach.

α) W Zakopanem sen pokrzepiający trwa krócej, niż na nizinach (sześć godzin zupełnie wystarcza).

β) Pot kroplisty nie istnieje, przynajmniej obfity na wycieczkach pot się ulatnia bez pozostawienia kropel znoju na skórze.

γ) Podniebie tatrzańskie wpływa na układ nerwowy silnie, podniecająco [2]).

δ) Ciepłota w pokoju w zimie musi być niższa, niż w nizinach, i tak 15—16° R. wydaje się już gorącem nie do zniesienia. Ja miewałem po 12° R. i zupełnie nie ziąbłem, czy pisząc, czy badając chorych.

Na tem kończę ten krótki szkic, który dawno spoczywał na tece, a który w końcu ogłaszam, aby zachęcić kolegów zakopańskich do spostrzeżeń, w których można dojść do wcale ciekawych wyników.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprawę lekarzy szpitalnych z powodu artykułu Dra Porajewskiego porusza Dr Połochajło (Głos lek. 16), podnosząc, że nietylko prymaryuszom, ale i sekundaryuszom szpitali krajowych w Galicyi należy się poprawa bytu. Sekundaryusze pobierają tylko 1000 K. rocznej płacy, zajęci są zaś w szpitalu więcej, niż prymaryusze, bo są obowiązani dwa razy dziennie odwiedzać chorych i zastępować prymaryuszy w razie ich nieobecności. W czasie takiego zastępstwa musi sekundaryusz prowadzić także administracyę, chociaż z nią — niedopuszczony do komitetu administracyjnego szpitala — mało ma zresztą sposobności się zapoznać. Wreszcie sekundaryusz na prowincyi prawie nigdy nie dostaje się na stanowisko prymaryusza. *R.*

W sprawie popierania wyrobów swojskich podnosi Dr Klęsk (Głos lek. 16), że wyparcie pruskiego towaru (n. p. narzędzi), powinniby we własnym interesie ułatwiać fabrykanci nasi przez zniżenie cen, które obecnie nieraz są trzykroć większe, niż ceny wyrobów zagranicznych. *R.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 9. do 15. VIII. 1908 urodziło się dzieci żywo 61, nieżywo 5; zmarło osób 55 (w tem obcych 29), z nich z gruźlicy 18 (9), zapalenia płuc 5 (3), płonicy 2 (1), czerwonki (1), cholery dzieci 6 (3). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. do 15. VIII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 2, (w tem obcych 2 — † 2), krztuśca 5 (—), płonicy 15 † 2 (8 † 1), odry 5 (—), czerwonki 1 † 1 (1 †), cholera dzieci 6 † 6 (3 † 3), duru brzusznego 5 (4). *Dr Sch.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na czas wyjazdu redaktora głównego »Przeglądu lekarskiego«, Prof. Dra Ciechanowskiego, objął czynności redakcyjne Doc. Dr St. Dobrowolski (Podwale 2).

Z różnych stron. Cholera poczyna w Rosyi (w gubernii astrachańskiej, samarskiej i t. d.) silniej się szerzyć; musimy więc wcześnie przygotować się wobec niebezpieczeństwa, które w pochodzie ku Europie najrychlej naszym ziemiom zagrozi.

— Partactwo lekarskie w Szwecyi próbują zwalczać zapomocą popularnych wystaw wędrownych, dotyczących tej sprawy.

— Jako temat międzynarodowego konkursu im. Hodgkinsa wyznaczono: »Stosunek powietrza atmosferycznego do gruźlicy«. Nagroda wynosi 500 dol.; wyjaśnień udziela Charles D. Walcott, sekretarz »Smithsonian Institute« w Washingtonie.

— Ze 125,000 lekarzy amerykańskich zmarło w r. 1907 — 2013, t. j. 161‰, najwięcej na choroby serca, potem na udar mózgowy, zapalenie płuc, nerek, gruźlicę, uwiąd starszy, nowotwory; natomiast choroby zakaźne zabrały wśród lekarzy amerykańskich stosunkowo mało ofiar.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. dr Stanisław Dobrowolski.

[2]) Przykładem nieznośne sprawy, które zaprzątają nieraz nasze społeczeństwo, a którychby nie było może na nizinach.